

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

601

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre HOUSSIAUX

Né à Paris, le 10 juillet 1888
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

**OSTÉOMYÉLITES COSTALES
NON TYPHOÏDIQUES**

Président : M. AUGUSTE BROCA, Professeur

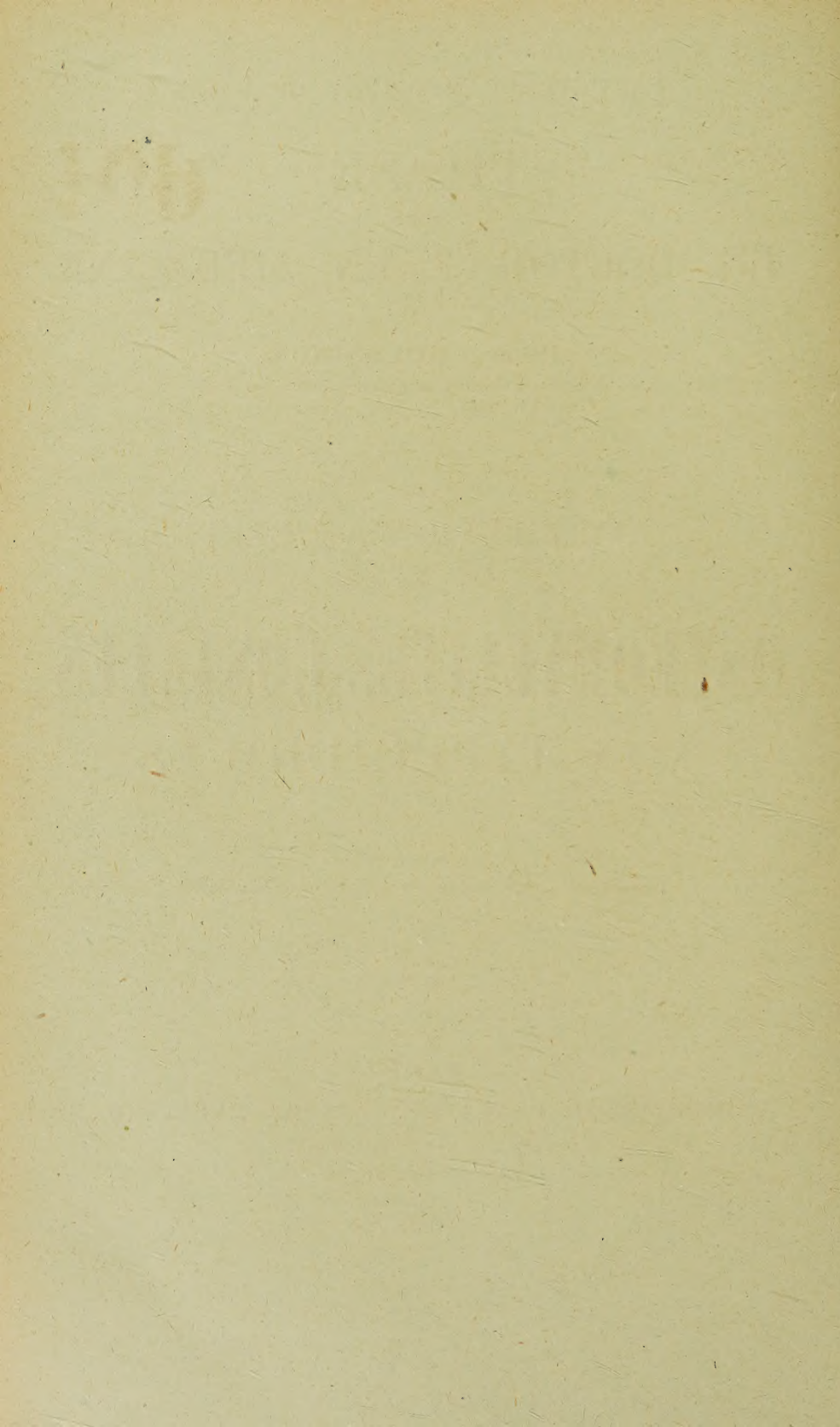
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921



604

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre HOUSSIAUX

Né à Paris, le 10 juillet 1888

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OSTÉOMYÉLITES COSTALES
NON TYPHOÏDIQUES



Président : M. AUGUSTE BROCA, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

Anatomie.	MM. NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	Dr LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique.	BRINDEAU
Clinique chirurgicale infantile	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique.	AUGUSTE BROCA
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	VAQUEZ
	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINGOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur AUGUSTE BROCA

Professeur de Clinique chirurgicale infantile
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les D^{rs} BARIÉ, médecin honoraire des Hôpitaux.

DUJARIER, chirurgien de l'Hôpital Boucicaut.

MICHON, chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

BROUARDEL, médecin de l'Hôpital Necker.

LCEPER, professeur agrégé, médecin de l'Hôpital Tenon.

AUBOURG, chef du Laboratoire de Radiologie de l'Hôpital Boucicaut.

LARDENNOIS, professeur agrégé, chirurgien de l'Hospice d'Ivry.

DÉMELIN, professeur agrégé, accoucheur de l'Hôpital Lariboisière.

DEVRAIGNE, accoucheur de l'Hôpital de la Charité.

PETROLACCI, médecin-chef de l'H.C.
68 à Cannes.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
OSTÉOMYÉLITES COSTALES
NON TYPHOÏDIQUES

Nous ne nous proposons pas de reprendre ici l'histoire détaillée des ostéomyélites costales ; et en particulier nous ne nous occuperons pas des manifestations éberthiennes, qui sont fréquentes, pour envisager seulement les atteintes des côtes non liées à une fièvre typhoïde, qui sont rares.

Nous reproduirons simplement six observations inédites d'ostéomyélites costales survenues en dehors de la dothiéntérie, observations dues à la bienveillance de M. le professeur Broca ; nous essaierons ensuite de faire ressortir les points par lesquels ces observations nous paraissent intéressantes.

OBSERVATION I

Ostéomyélite multiple aiguë

Pierre L..., 11 ans. Entré le 1^{er} août 1893 dans le service de M. le professeur Broca.

Début en septembre 1892 par des phénomènes généraux infectieux.

Localisation au tibia gauche, puis à l'extrémité inférieure des deux fémurs. Ouverture spontanée. Fistulisation.

Six mois après, il a été procédé à des grattages.

Peu avant l'entrée à l'hôpital, apparition d'une fistule dans l'aisselle gauche, au niveau de la troisième côte.

A l'entrée, état général médiocre ; fistules multiples au niveau du tibia et des deux fémurs, par lesquelles on sent les os dénudés. Fistule axillaire.

10 août. — Evidement du tibia gauche ; ablation de gros séquestres.

9 septembre. — Evidement du fémur droit ; ablation de quelques petits séquestres.

5 novembre. — Incision d'un abcès sur la face externe de la cuisse gauche ; grattage de fongosités.

Le malade est ensuite perdu de vue.

OBSERVATION II

Ostéomyélite costale chronique d'emblée

Emma C..., 11 ans. Entre le 31 janvier 1901 dans le service de M. le professeur Broca.

Il y a deux ans, douleurs dans les membres inférieurs, étiquetées douleurs de croissance.

En avril 1900, aurait eu une pleurésie apparue insidieusement, sans toux, douleur, ni fièvre.

Trois mois après, apparition sous l'angle inférieur de l'omoplate droite d'une petite tumeur violacée de la grosseur d'un pois ; un médecin diagnostique un abcès froid et incise ; il se serait écoulé une pleine cuvette de pus ; grattage de la côte (sans doute la VIII^e) sans anesthésie. Fistulisation.

A l'entrée, fistule. Pas de douleur à la pression ; bon état général ; pas de signes de tuberculose.

8 février. — Intervention (M. le P^r Broca). Incision ; la côte est dénudée ; extirpation de quatre séquestres d'ostéomyélite.

24 février. — La malade sort en très bon état ; la plaie n'est pas complètement cicatrisée.

21 juin 1901. — La plaie est entièrement cicatrisée depuis deux mois.

OBSERVATION III

Ostéomyélite costale aiguë

Charles M..., 9 ans.

Il y a un an, apparition brusque d'une tumeur au-dessus du mamelon droit, sans traumatisme antérieur. Ouverture spontanée ; fistulisation.

20 juin 1910. — Extirpation d'un séquestre d'ostéomyélite provenant de la IV^e côte.

1^{er} août 1910. — Le malade sort, non guéri.

10 mars 1911. — Une fistule persiste.

18 juillet 1911. — La fistule, qui s'était fermée, se rouvre, après apparition de fièvre et de douleurs.

8 novembre 1912. — La fistule persiste ; on ne sent pas d'os dénudé. Rien d'anormal à l'auscultation.

11 novembre 1912. — Incision ; résection de la partie malade de la côte et des parties correspondantes des côtes sus et sous-jacentes qui sont soudées entre elles ; un diverticule du foyer remonte obliquement jusqu'à l'aisselle ; enlèvement d'un petit séquestre ; curettage.

17 janvier 1913. — Le malade sort ; la plaie n'est pas cicatrisée.

20 mai 1913. — Très bon état ; il persiste une petite fistule.

OBSERVATION IV

Ostéomyélite costale aiguë

Léontine P..., 10 ans. Entrée le 2 août 1920 dans le service de M. le professeur Broca.

En janvier 1920, a présenté des phénomènes généraux aigus étiquetés grippe. Le médecin a parlé de pleurésie.

Bientôt apparaît un abcès au niveau de la IX^e côte droite, sur la ligne axillaire.

Incision ; curettage. Fistulisation.

6 août 1920. — M. le professeur Broca pratique le curettage du point d'ostéite.

29 août 1920. — La malade sort guérie.

OBSERVATION V

Ostéomyélite costale aiguë à entérocoques au cours d'une varicelle

Joffrette R..., 4 ans. Entrée le 18 novembre 1920 dans le service de M. le professeur Broca.

L'enfant présente :

De la fièvre ;

Une éruption généralisée de vésico-pustules de varicelle dont la plupart sont en voie de dessiccation ; le début de l'éruption date de neuf jours.

Une tuméfaction apparue postérieurement à l'éruption,

siégeant sur la X^e côte gauche au niveau de la ligne axillaire postérieure, de la dimension d'un œuf, rouge, chaude, douloureuse à la pression, fluctuante, faisant corps avec la côte.

18 novembre. — Intervention (D^r Wilmoth). Anesthésie au chlorure d'éthyle.

Incision donnant issue à une quantité notable de pus jaune verdâtre, bien lié, d'odeur fade, avec quelques fausses membranes. Bien que la côte soit dénudée et irrégulière le long de son bord inférieur, on ne pousse pas plus loin l'intervention en raison de l'état de l'enfant, qui est faible et respire mal.

19 novembre. — Température 38 degrés.

20 novembre. — Température 40 degrés ; dyspnée marquée, pommettes rouges ; à l'auscultation, souffle et râles sous-crépitaunts ; on diagnostique une broncho-pneumonie.

L'examen bactériologique du pus prélevé lors de l'incision révèle la présence d'entérocoques.

23 novembre. — Température 40 degrés ; l'hémithorax gauche devient mat ; l'espace de Traube a perdu sa sonorité ; le cœur est déplacé à droite ; la ponction du thorax donne issue à un liquide séro-purulent, contenant également des entérocoques.

24 novembre. — Intervention (D^r Wilmoth) ; anesthésie au chloroforme ; on utilise la même voie d'abord ; la X^e côte, dénudée, grisâtre, est libérée sur une longueur de 5 centimètres, et la partie malade, rugueuse, est enlevée ; la ponction de la plèvre ramène un liquide séro-purulent ; la pleurotomie est pratiquée et donne issue à une grande quantité de pus mélangé de fausses membranes ; l'exploration rapide de la cavité thoracique montre que la face interne du thorax

et la coupole diaphragmatique sont tapissées en partie par d'épaisses fausses membranes ; siphonage.

24 novembre. — Température 38 degrés ; on remplace le siphonage par un drain.

Pendant décembre, la suppuration persiste, abondante, et l'on doit lutter contre une fermeture trop précoce de la plaie.

A partir du 6 janvier 1921, la température redevient normale et l'état général est meilleur ; le poids augmente.

4 février 1921. — La malade sort ; il ne reste qu'un suintement insignifiant.

L'examen radioscopique montre que le cul-de-sac costo-diaphragmatique s'éclaire, mais que le jeu du diaphragme est moins ample à gauche qu'à droite.

Mars 1921. — L'enfant est revue complètement guérie.

OBSERVATION VI

Ostéomyélite costale chronique d'emblée

Albert L..., 20 ans, soldat. Entré le 31 janvier 1919 dans le service de M. le professeur Broca. Depuis 1916, souffre de douleurs intercostales.

Avril 1918. — Pris service armé.

Octobre 1918. — Apparition d'une tuméfaction indolore dans la région thoracique gauche.

18 et 21 octobre. — Deux ponctions. Double fistulisation.

A l'entrée, à quatre travers de doigt au-dessus de la crête iliaque gauche, orifice fistuleux rond, non adhérent, suppurant un peu ; à un travers de doigt au-dessus, deuxième fistule. Pas de douleur à la pression. Etat général bon. Appétit conservé. Pas de toux ni de sueurs nocturnes.

27 février. — Intervention ; réunion des deux fistules ; au-dessous et en avant de l'inférieure existe un petit clapier fongueux ; la XI^e côte, dénudée sur 2 centimètres, est réséquée ; il existe un petit foyer à sa face interne.

5 septembre. — Le malade part en convalescence.

Ces observations nous paraissent intéressantes par un certain nombre de points.

D'abord, les ostéomyélites costales sont rares en dehors de la fièvre typhoïde. Il est possible néanmoins d'en relever un certain nombre d'observations :

Jaboulay en cite une (Thèse de Paris, 1885).

Bertoye, une autre (*Lyon Médical*, 1886).

Mirovitch, deux (Thèse de Paris, 1890).

Régnier, une dans les Archives Générales de Médecine en 1890.

Berthomier en a rapporté 3 cas au Congrès français de chirurgie (1891).

Barillet en signale un autre (Thèse de Montpellier, 1891).

Haslé, trois (Thèse de Paris, 1892).

Marfan en a donné un cas dans la Revue générale de clinique et de thérapeutique (1894).

Braquehayé en a rapporté un à la Société Anatomique (octobre 1894).

Hamon en signale 2 autres (Thèse de Paris 1898).

Barraud, 3 (Thèse de Lyon 1899).

Pluyette, 1 (Société de chirurgie de Marseille — 19 février 1912).

L'âge des malades appelle quelques réflexions.

D'après la plupart des auteurs, l'ostéomyélite costale non éberthienne s'observe surtout dans la première enfance (50/100 des cas) et dans l'adolescence (30/100), les autres cas se voyant presque uniquement après vingt ans et à peu près jamais de huit à quatorze ans. Or, quatre des observations rapportées ici appartiennent à la seconde enfance. L'opinion classique à ce sujet semble donc trop absolue.

Au sujet des causes prédisposantes pathologiques, l'observation V présente une particularité des plus intéressantes : son apparition au cours d'une varicelle.

On retrouve assez souvent des maladies générales comme causes prédisposantes de l'ostéomyélite : grippe, rhumatisme, etc..., (sans parler de la dothiéntérie) ; on a observé notamment des ostéomyélites consécutives à la variole, à la scarlatine, à la rougeole ; en ce qui concerne la varicelle, Ayala Rios (Thèse de Paris, 1886) donne bien l'observation d'une ostéomyélite (non costale) consécutive à cette maladie, mais après un intervalle de 3 semaines ; et d'autre part on relève une écorchure enflammée d'un pied qui constitue beaucoup plus vraisemblablement la porte d'entrée de l'infection que les pustules d'une varicelle déjà ancienne ; la varicelle n'aurait alors pu agir que comme cause prédisposante. Marfan, d'autre part, cite la varicelle parmi les causes prédisposantes de l'ostéomyélite, sans toutefois qu'on puisse la relever dans les observations qu'il rappelle.

Dans le cas qui nous occupe, les pustules de varicelle semblent au contraire pouvoir être considérées comme étant directement en cause, car l'observation ne relève aucune de ces portes d'entrée du microbe qu'on retrouve souvent : plaies, écorchures infectées du cuir chevelu, du nez, des fosses nasales, des oreilles, des organes génitaux, de l'anus, panaris, furoncles, engelures, teignes, aphtes buccaux, érysipèle, infection streptococcique du nouveau-né, impétigo, etc...

En ce qui concerne le microbe en cause, l'observation V est également intéressante. Dans l'ostéomyélite costale, comme pour les autres localisations, les microbes les plus souvent en jeu sont le staphylocoque doré et le bacille d'Eberth, plus rarement le staphylocoque blanc, le streptocoque, le pneumocoque, le paratyphique B, le coli-bacille. L'entérocoque est également noté, mais très rarement ; il a été signalé notamment par Laignel-Lavastine et de Jong à la Société médicale des Hôpitaux (10 février 1908) dans un cas d'ostéomyélite non costale post typhoïdique, et à la même société le 7 juin 1912 par Laignel-Lavastine dans un cas d'ostéomyélite post typhoïdique à localisations multiples, dont une costale.

Les côtes atteintes ici ont été les 3,4,8,9, 10 et 11° ; d'une manière générale, les plus souvent touchées sont par ordre de fréquence les 5, 6 et 7°.

L'infection a touché quatre fois la partie antérieure

de la côte, une fois la partie postérieure, le foyer dans un cas n'étant pas nettement déterminé.

L'ostéomyélite frappe en effet les côtes dans leur zone d'accroissement.

Or, on sait que les côtes se développent :

1° par un point d'ossification primitif qui, s'accroissant par ses deux extrémités, forme la presque totalité de l'os ;

2° par des points d'ossification secondaires ; un point céphalique qui apparaît de 8 à 14 ans et se soude à 18 ; deux points tubérositaires qui apparaissent en même temps que le précédent et se souident à 22 ans.

L'ostéomyélite siège ainsi :

1° soit en avant, au voisinage ou même au niveau de l'articulation chondro-costale (il y a même des cas de chondrite pure) ;

2° soit en arrière au niveau des points complémentaires.

D'après la plupart des auteurs, l'ostéomyélite costale non typhoïdique intéresse à peu près uniquement l'extrémité antérieure dans la première enfance, l'extrémité postérieure dans l'adolescence (l'ostéomyélite éberthienne étant au contraire toujours antérieure). L'étude des cas qu'on retrouve dans la littérature médicale ne semble pas autoriser des conclusions aussi nettes : si, dans la première enfance, l'ostéomyélite est plus souvent antérieure, les localisations postérieures ne sont toutefois pas rares ; et, d'autre part, dans l'adolescence et ultérieurement,

les localisations postérieures ne paraissent guère plus fréquentes que les antérieures. Parmi les quatre cas appartenant à la deuxième enfance que nous rapportons ici, trois sont antérieurs, un postérieur.

L'apparition constante d'un abcès est également conforme à la règle ; de même, sa situation externe, sus-costale, dans les localisations antérieures (cette particularité étant moins nette pour les côtes supérieures où souvent l'abcès, bridé par le Grand Pectoral, vient apparaître au bord inférieur de celui-ci) ; dans les localisations postérieures, au contraire, l'abcès est en général sous-costal, intrathoracique, au moins au début ; secondairement en effet, il gagne la peau pour s'y ouvrir spontanément, soit en se portant directement à l'extérieur, soit en décollant le périoste costal pour parvenir sur le côté ou même en avant du thorax, soit en descendant dans la paroi abdominale postérieure, pouvant simuler un phlegmon périnéphrétique.

Le foyer osseux était presque toujours bien limité, ce qui est la règle, la forme diffuse ne se voyant pas comme pour les os longs. Les séquestres, moins fréquents que pour les autres os, ne sont signalés ici que deux fois. On n'a pas relevé non plus de fracture spontanée ni de décollement chondro-costal, qui ont été parfois observés.

Dans aucun des cas d'ostéomyélite aiguë il n'a été possible d'observer la période de début habituelle, où l'on relève uniquement des signes généraux (frissons, céphalée, courbature, malaises, vertiges,

sueurs profuses, insomnie, tachycardie à 120, 130, hyperthermie à 38, 39, 40°, abattement fréquent, pâleur), ensemble bientôt complété par l'apparition d'une douleur très vive, d'abord diffuse, puis localisée en un point de la côte, exacerbée par les mouvements respiratoires.

(Il faut d'ailleurs noter, quand il s'agit d'ostéomyélite costale succédant à une autre localisation de l'affection, que, si les signes généraux subissent une recrudescence brusque, ils sont pourtant moins violents que pour la localisation primitive ; mais on observe un nouveau siège de douleurs ; on recommande d'examiner soigneusement tout le squelette en cas de reprise des symptômes).

A l'entrée à l'hôpital, la malade de l'observation V en était au stade de la tuméfaction allongée sur la côte et faisant corps avec elle, rouge, chaude, avec la douleur provoquée par la pression, bien localisée sur un point osseux, qui a été donnée par Lannelongue comme un des meilleurs signes de l'affection. Abandonné à lui-même, l'abcès se serait ouvert spontanément ; à l'ouverture aurait succédé ou non une fistule, suivant l'importance des lésions osseuses, la présence ou l'absence d'un séquestre ; la fistulisation se produit presque toujours, comme cela a été le cas pour nos autres malades ; ces fistules, en général interminables, peuvent se fermer pour se rouvrir ensuite, comme dans l'observation III.

Au point de vue des complications, on a noté dans l'observation III une symphyse costale ; dans

l'observation V l'apparition d'une broncho-pneumonie et d'une pleurésie purulente. Les complications sont rares dans les ostéomyélites costales ; la pleurésie sèche, la pleurésie purulente ont déjà été signalées ; la pneumonie, la pleurésie séro-fibrineuse, l'endocardite simple ou ulcéreuse, d'autres affections encore ont été données comme possibles par certains auteurs (Barillet) sans que, semble-t-il, elles aient été observées ; il en est de même de l'ouverture spontanée de l'abcès dans la plèvre ou les bronches, qui ne se voit pas. On a noté un cas de compression du plexus brachial (Marfan) un cas mortel d'ulcération de l'artère intercostale (Berthomier).

L'ostéomyélite aiguë à siège antérieur, observée dans quatre des cas ci-dessus, est la forme la plus fréquente ; elle présente très vite des symptômes nets.

L'ostéomyélite aiguë à siège postérieur, au contraire, se reconnaît moins facilement ; les douleurs spontanées revêtent quelquefois l'apparence de douleurs névralgiques, par compression des nerfs intercostaux ; la douleur provoquée est plus difficile à délimiter à cause de l'épaisseur des parties molles ; de plus, l'abcès, se développant d'abord à l'intérieur du thorax, le gonflement n'apparaît ni à l'inspection, ni à la palpation, tandis que la percussion et l'auscultation révèlent des symptômes d'épanchement intrathoracique qui ont souvent fait croire à un épanchement pleural : la percussion décèle une zone de matité plus ou moins étendue, à siège fixe malgré les changements de position ; l'auscultation

montre la diminution du murmure vésiculaire, du souffle, de l'égophonie, signes dus à la compression pulmonaire ; cela semble avoir été le cas dans l'observation II, à cette différence près qu'il s'agit d'un cas chronique d'emblée.

Quand l'abcès apparaît à l'extérieur, la poche interne se vide, et les symptômes d'épanchement thoracique diminuent ou même disparaissent, quelquefois très vite ; il en est de même à la ponction ou à l'incision de la poche extérieure.

A côté des formes aiguës, dont à vrai dire le début est souvent seul aigu, l'évolution se prolongeant ensuite chroniquement, il existe des formes chroniques d'emblée dont le début se fait sans phénomènes généraux, où l'évolution, très lente, se produit entièrement à froid ; dans ces formes aussi la localisation peut-être antérieure (observation VI) ou postérieure (observation II).

Le diagnostic a été chez nos malades assez facile ; il n'en est pas toujours de même.

Dans les formes aiguës d'abord, au début, quand il n'y a encore que des signes généraux, on peut penser à une maladie générale grave (scarlatine, fièvre thyphoïde, granulée, etc...) l'évolution tranche le diagnostic.

Après apparition de la douleur, celui-ci se pose avec le rhumatisme articulaire aigu ; l'ostéomyélite se reconnaît à l'intégrité du cœur, à l'inefficacité du salicylate de soude, à l'apparition de l'abcès.

La névralgie intercostale banale se distingue d'une

ostéomyélite avec douleurs à type névralgique par l'absence de signes généraux.

La pleurodynie affecte un hémithorax ; là aussi il y a absence de signes généraux, et la notion de poussées rhumatismales dans les antécédents.

Dans l'ostéomyélite éberthienne, qui apparaît pendant la convalescence de la fièvre typhoïde après la défervescence, presque toujours sans phénomènes généraux appréciables, la douleur n'apparaît qu'un certain temps après les manifestations infectieuses, tandis que dans l'ostéomyélite banale la douleur et l'abcès sont à peu près contemporains du début des signes généraux aigus.

En cas d'abcès antérieur, le diagnostic se pose avec :

L'ostéomyélite du sternum ou de la clavicule qui se reconnaît à la localisation précise sur ces cas de la douleur provoquée, recherche qui peut chez l'enfant présenter de grandes difficultés.

L'abcès chaud non osseux ne présente pas les mêmes connexions avec la côte ; quand l'abcès est sous-pectoral, le diagnostic se pose avec l'adénophlegmon de l'aisselle ; mais celui-ci a été précédé d'une adénite, on retrouve souvent la porte d'entrée du microbe dans le territoire dépendant des ganglions axillaires et, après ouverture, on ne trouve pas de point osseux dénudé.

Dans l'empyème de nécessité la poche externe est réductible dans la plèvre et présente de l'impulsion pendant l'effort, la toux ; son apparition ni sa ponc-

tion n'amènent une diminution des signes stéthoscopiques.

En cas d'abcès postérieur, intrathoracique, la pneumonie lobaire, la broncho-pneumonie peuvent venir à l'idée en présence des signes généraux avec douleur thoracique, submatité, souffle ; mais ces affections s'accompagnent de toux, et aussi d'expectoration (sauf toutefois chez l'enfant où le diagnostic est de ce fait plus difficile), de dyspnée intense, de râles ; la ponction exploratrice ne ramène pas de pus ; de plus, en cas d'ostéomyélite, la douleur est exacerbée par la pression sur une côte et les signes disparaissent quand le pus fuse à l'extérieur du thorax ou par la ponction.

La pleurésie séro-fibrineuse, surtout circonscrite, peut également être évoquée en présence des signes énoncés plus haut, auxquels se joint parfois de l'égophonie ; on peut penser aussi à la pleurésie purulente ; on a même discuté l'hypothèse de pleurésie compliquant une ostéomyélite costale ; le diagnostic peut être très difficile, surtout si la matité est immobile, mais la pleurésie s'accompagne de toux ; la ponction exploratrice fera faire le diagnostic en cas d'épanchement séro-fibrineux ; l'examen radiologique pourra rendre des services.

Quant aux abcès sous-pleuraux d'origine non osseuse, dont le diagnostic avant l'intervention semblerait bien difficile, leur existence est très discutée.

Quand l'abcès postérieur apparait à l'extérieur du thorax, le diagnostic se pose avec :

l'ostéomyélite de l'omoplate, où il y a un point douloureux répondant à un point d'ossification ;

l'ostéomyélite des vertèbres, très difficile à diagnostiquer avant l'ouverture ;

un abcès chaud non osseux ;

un empyème de nécessité ;

un abcès se propageant à la région lombaire a pu être pris pour un abcès périnéphrétique.

En cas de fistule, le diagnostic se fera, comme pour la forme chronique d'emblée, avec :

les fistules tuberculeuses ;

les fistules d'actinomycose, de sporotrichose ;

les fistules d'ostéite gommeuse syphilitique, tertiaire ou héréditaire ;

les fistules d'empyème de nécessité ;

les fistules d'ostéomyélite éberthienne.

Le diagnostic de la forme chronique d'emblée est un des plus difficiles ; il se pose avec :

les abcès froids tuberculeux des côtes, de l'omoplate ou de la bourse séreuse située au-dessous de cet os ; le diagnostic, quelquefois très difficile, se fait par les antécédents, l'évolution, l'examen bactériologique du pus ;

les abcès actinomycosiques et sporotrichosiques qui se reconnaissent par les examens de laboratoire ;

la périostite syphilitique secondaire costale, qui présente des douleurs spontanées très violentes à

exacerbations nocturnes, avec tuméfaction dure, douloureuse à la pression ;

les ostéites gommeuses syphilitiques, tertiaires ou héréditaires tardives, tuméfactions d'abord dures qui se ramollissent ensuite, s'ouvrent et se fistulisent ; les antécédents, l'évolution, les examens de laboratoire feront faire le diagnostic ;

l'empyème de nécessité.

L'ostéomyélite éberthienne avec abcès est très difficile à distinguer de la forme chronique d'emblée de l'ostéomyélite banale ; en effet, elle apparaît très rarement dans le déclin et presque toujours pendant la convalescence de la dothiéntérie, surtout dans la première semaine qui suit la défervescence, mais quelquefois beaucoup plus tard, après des semaines, des mois.

Le début est presque toujours insidieux avec des phénomènes généraux très légers, une température atteignant à peine 38 degrés ; l'évolution est très lente, l'abcès ne s'ouvrant qu'après des semaines, des mois et laissant après lui des fistules interminables ; on pense à la tuberculose ; l'ostéomyélite éberthienne a cependant quelques caractères particuliers : elle se produit surtout après des typhoïdes graves, prolongées, à rechute, que l'on retrouve dans les antécédents, un temps plus ou moins long avant le début des accidents costaux ; elle se voit particulièrement chez l'adulte ; elle siège exclusivement à l'extrémité antérieure de la côte. Mais il sera prudent pour faire le diagnostic de recourir au laboratoire.

L'hémoculture ne donne en général pas de résultat, la septicémie étant terminée ; l'examen direct du pus et la pyoculture pourront révéler la présence du bacille d'Eberth, mais à condition que le prélèvement du pus ait été fait avant l'ouverture de l'abcès, car sinon on ne trouve en général que des microbes d'infection secondaire ; et même alors on n'a pas toujours un résultat, le bacille d'Eberth disparaissant souvent du pus au bout d'un certain temps. La meilleure méthode est la recherche de la réaction d'agglutination, qui est simple et rapide ; elle est très nette et se produit à un taux très élevé ; une vaccination antérieure ne gêne pas le résultat, l'agglutination diminuant rapidement ; on peut pour la même raison distinguer une ostéomyélite éberthienne d'une ostéomyélite non ébertienne après fièvre typhoïde, l'agglutination étant dans ce cas beaucoup plus faible.

Le diagnostic du microbe en cause, en dehors du bacille d'Eberth, se fait par l'examen bactériologique.

Le pronostic peut être considéré en général comme favorable, surtout dans les localisations antérieures ; les postérieures sont plus graves.

Le traitement consiste en une intervention chirurgicale aussi précoce que possible : incision de l'abcès suivie de résection des parties osseuses atteintes ou empêchant la mise à jour totale, avec curettage des fongosités ; on parvient ainsi dans un grand nombre de cas à obtenir une guérison rapide, en évitant les fistules prolongées.

En cas de fistule, la conduite est la même.

Sans parler de l'ostéomyélite éberthienne, la vaccination a été tentée avec quelques résultats dans l'ostéomyélite à staphylocoques.

CONCLUSIONS

1° Les ostéomyélites costales non typhoïdiques sont rares.

2° Quoique surtout fréquentes dans la première enfance et l'adolescence, elles se voient aussi après vingt ans et, plus souvent qu'on ne le dit, dans la seconde enfance.

3° L'ostéomyélite costale ne paraît pas avoir été signalée jusqu'ici au cours de la varicelle ; l'observation V prouve que le cas peut se présenter.

4° Les ostéomyélites à entérocoques, qui sont rares et ne semblent signalées qu'après la fièvre typhoïde, peuvent se voir en dehors de celle-ci.

5° Quoique dans la première enfance la localisation antérieure soit la plus fréquente, on observe pourtant assez souvent la postérieure ; ultérieurement celle-ci ne paraît guère prédominer.

6° L'apparition d'abcès s'ouvrant à l'extérieur est la règle.

7° Le diagnostic a été ici assez facile dans les cas aigus ; il a été difficile dans un cas chronique d'em-

blée à la localisation postérieure où l'on a cru à la tuberculose.

8° Le pronostic est relativement favorable à condition que le traitement chirurgical soit précoce et comprenne la résection des parties osseuses atteintes.

Vu : le Doyen
ROGER

Vu : le Président de la thèse
AUG. BROCA

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

